ROK IV 5—6

CZERWIEC — 1929 — LIPIEC

„ECHO DENTYSTYCZNE”

MIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY
WSZYSTKIM DZIAŁOM
DENTYSTYKI

*

Redaktor: Dr. H. Saurer, Lek.-Dent., Łódź, Piotrkowska № 6. Telefon № 5-16
Admin. i Wydawca: Ch. Ogólnik, Łódź, Piotrkowska № 23. Telefon № 23-73

*

TREŚĆ:

Redakcja nie zwraca rękopisów i zastrzega sobie prawo zmian i skrótów. Rzeczy nadesł. powinne być pisane po jednej stronie arkusza z pozost. marginesu.

61

Zakłady Graficzne
FILIPA GRAPOWA w ŁODZI
Gdańska 87

62

W SPRAWIE NAZWY DLA PHYORRHEA ALVEOLARIS.

Dr. KAROL ELANDER GOETEBORG

Już lat temu 20 próbowałem zebrać wszystkie nazwy nadawane oraz proponowane dla Phyorrhea alveolaris. Zebrałem ich około 100 i przerwałem, gdyż okazały się przeważnie nierzeczowe. Dopiero nazwa Paradentosa tak energicznie i zręcznie proponowana przez Weskiego wydaje się zbliżyć kwestję tej nazwy ku rozwiązaniu. Dzięki wywodom Elandera poznałem jak mało ściśle oraz istotne są nazwy dotychczas proponowane. Logiczne wywody Elandera oraz oparta na podłożu rozwojowem proponowana nazwa: Paradentitis phyorrhalis disjungens lub Pyorrhosis (Phyorrhosa) przekonała mnie, że dopiero ta nazwa odpowiada wszystkim wymaganiom. Wywody Elandera zasługują na największą uwagę i rozpowszechnienie.

H. J. Mamlok, Berlin.

Uczestnicy kursów o leczeniu Pyorrhoe w Berlinie niejednokrotnie zwracali się do mnie z zapytaniem, dlaczego nie nazywam choroby tej Paradentosa. Przekonało to mnie, że ta błędna nazwa jest już niestety prawie uznana. Skłoniło mnie to do poświęcenia tej nazwie nieco studjów i rozwiązać ją z punktu nosologji.

Nazwa Pyorrhoe alveolaris była wprowadzona według Black przez Rehwinkel'a w r. 1877.

Krantz sądzi, że pierwszym jest Toirac, który w r. 1846 nazwał ją Pyorrhoe intraalveolo-dentaire.

Landsberger wspomina (Corr. Bl. 1928/IX), że słynny lekarz angielski John Hunter używał już w r. 1778 nazwy Pyorrhoea alveolaris w pracy swej: „Praktische Anleitung für Zahnkrankheiten".

Że nazwy tej aprobować nie można, dowodzi liczba zastępczych nazw, które zostały w ciągu ostatnich lat proponowane.

Wyraz Pyorrhoe pochodzi z greckiego: Pyon=ropa i Rheo=ciec. Guttman (Med. Terminologie) i Roth (Klin. Terminologie) zaś tłumaczą: ropny katar czy wyciek. Cały wyraz więc oznacza ropny wyciek z zębodołu.

Wiemy natomiast, że ropa wyjątkowo i to częściowo tylko pochodzi z zębodołu. Ten ostatni w stanie początkowym jest niezmieniony i zaczyna zanikać w miarę rozwoju choroby, przyczem tkanka kostna brzegu zębodołu obumiera.

Nazwa więc jest niezadawalająca i nie może być zachowana.

Niektóre okoliczności utrudniają nadanie lepszej nazwy. Przedewszystkiem niewyjaśnioną została etjologja, a po-

sługujemy się narazie spostrzeżeniami czysto klinicznemi. Ustalić jednolity i ogólny obraz choroby jest tem trudniej, że choroba ta w poszczególnych wypadkach wykazuje objawy skrajnie przeciwne: przerost lub zanik dziąseł, obfity lub prawie niedostrzegalne ropienie, obfite, nieznaczne lub żadne pokłady kamienia nazębnego.

Należy więc ograniczyć się do objawów, które są stałe i te uwzględnić przy definicji, przyczem należy umożliwić wciągnięcie w ten zakres wiele przyczynowo różnych chorób.

Należałoby chorobę tą klasyfikować w ten sposób, by ją podciągnąć pod grupę, którą się spotyka w nosologji. Nie jest to rzeczą bardzo trudną, gdyż wszystkie spostrzeżenia kliniczne uczą i co potwierdza się w badaniach histopatologicznych przeprowadzonych przez Häupl-Lang'a (Marginale Paradentitis, 1927), że chodzi o typowy stan zapalny.

Nazwy zapaleń tworzą się w terminologji lekarskiej przez dodanie końcówki „itis" do nazwy chorego narządu.

Nie można znaleźć żadnego usprawiedliwienia, jeśli się zamiast powyższej końcówki użyje końcówki „osis" (Paradentosis).

Użycie tego przyrostka dla oznaczenia obrazu chorobowego jest nieprawidłowe. Główne znaczenie tego jest (pg. Roth: Klinische Terminologie) obfitość pełna. Następnie może oznaczać, że jest pochodna tego, co oznacza pierwiastek (Pseudarthrosis: staw rzekomy; Skoliosis — skrzywienie kręgosłupu). W ten sposób powstały niektóre nazwy symptomatyczne (Phlogosis: zapalenie; nekrosis: śmierć komórek; hyalinosis: szkliste zwyrodnienie; Thrombosis: utworzenie zakrzepu; hyperhidrosis: nadmierne pocenie.

W przypadkach, kiedy jakiś objaw wybitnie się uwydatnia, może on posłużyć za określenie całej choroby (Tuberculosis, Ichtyosis).

Dalej może ta końcówka być dodana do objektu przyczynowego (Aktinomykosis, Trichinosis, Avitaminosis).

W przypadkach wyjątkowych tworzą się wyrazy złożone, w skład których wchodzą nazwy narządów schorzałych, lecz nigdy dla oznaczenia sprawy zapalnej, lecz częściej jako nazwy złożone dla oznaczenia chorób danego narządu (Psychosis: choroby psychiczne, neurosis: choroby nerwów, nephrosis: choroby nerek, dermatosis: choroby skóry).

Ponieważ choroba, o której tutaj jest mowa, jest bezsprzecznie zapaleniem, to zupełnie odpada wszelki powód do dodania przyrostka „osis" do nazwy obarczonego chorobą narządu. Jeżeli narząd jest podmiotem, odpowiednią jest końcówka — itis.

Inaczej, jeżeli jakiś objaw lub przyczyna staje się podmiotem , dopuszczalną jest końcówka — osis.

Przyjmujemy, że choroba ta jest zapaleniem pewnego kompleksu tkanek, oznaczmy więc przedewszystkiem jego granice, a potem do spólnej nazwy dodamy końcówkę — itis.

W swojej pracy Östman (Paradentos. Svenks Tandläkare-Tidskrift 1926) tak określa siedlisko tej choroby: „proces patologiczny nie ogranicza się tylko do przyzębia, lecz obejmuje także zmiany dziąseł, okostnej, kości zębodołu oraz cementu".

Granice te są moim zdaniem za wąskie, brak miazgi, która może być wciągnięta w sferę cierpienia zarówno w zębie jedno jak i wielokorzeniowym. Zaobserwowałem w zębie wielokorzeniowym ropny rozpad miazgi w jednym z korzeni, podczas gdy w pozostałych, oraz w koronie była żywa.

Należyta granica obejmowałaby: dziąsła, okostna kość zębodołu, cement i miazgę, t. zn. ząb wszystkie ochraniające go oraz podtrzymujące go tkanki, co nazywamy łożyskiem zęba.

Ponieważ Östman zalicza i cement — to całość schorzała składać się będzie ze zęba oraz łożyska zębowego.

Wiesner w r. 1908 nazwał łożysko Parodontium.

W r. 1921 zaczął Weski propagować nazwę parodontium. Z punktu widzenia etymologji Parodontium jest najodpowiedniejszym wyrazem. Jest ono złożone z 2 wyrazów greckich: Para = obok i Odous = ząb, Weski natomiast zamienił część ostatnią na łacińskie dens. Ponieważ w terminologji lekarskiej takie przypadki się zdarzają, propozycji Weskiego nie należy zarzucić. Dla udostępnienia możliwości zmiany możemy przyjąć obie propozycje.

Ząb plus łożysko oznacza Weski: Organum dentale. Ten wyraz jest złożony dobrze. Dla naszego celu nie nadaje się jednak, gdyż składa się z 2 oddzielnych wyrazów, do których nie można dołączyć przyrostka.

Dla tego też Häupl-Lang radzi tę nazwę zarzucić. Dziwnem musi tylko wyglądać chęć zamiany tego na wyraz Paradentium, nawet niemożliwem.

Para oznacza obok, zzewnątrz, nie może więc objąć całej nas obchodzącej dziedziny. Sami projektodawcy zdają sobie z tego sprawę skoro piszą: „Właściwie Paradentium: przy zębie nie jest odpowiedniem dla systemu tkanek, w skład których wchodzi ząb, dziąsło, ozębna i kość, należy brać te tak, że ząb należy do paradentium".

Usurgować nazwę, która dla innego pojęcia zyskała prawo obywatelstwa, i nadać jej zupełnie inny sens — to chyba bezradność w terminologji, i co bezwzględnie należy rodzucić.

Czy rzeczywiście tak trudno znaleźć nazwę w jednym wyrazie dla Organum dentale?

Chcemy, by wyraz ten w znaczeniu swojem obejmował całkowitą okolicę, sferę około zęba. I to uzyskamy, jeśli Para zamieni na Pan.

Przez Pan określamy: wszystko, całkowite. W języku codziennym znamy to ze słów Pangermanismus, Panslavismus.

Nie może być żadnego nieporozumienia, jeśli Organum dentale będziemy nazywać Panodontum. Po niemiecku byłoby to Zahnregion

Organum dentale nie należy swoją drogą zarzucić, jest to określenie samo dla siebie ścisłe i odpowiednie.

Panodontitis w jednem słowie wyraźnie i dokładnie określa stan zapalny Organum dentale.

W terminologji lekarskiej podobne tworzenie wyrazów nie jest obce: Panophtalmitis — stan zapalny oka całego, Panotitis — ucha, Panostitis — kości.

Panodontitis może wystąpić w różnych postaciach. Objaw, który na siebie zwraca zawsze naszą uwagę jest ropienie. I jeśli to ostatnie początkowo jest bardzo nieznaczne, nie mniej jednak jest i co we wszystkich przezemnie badanych przypadkach mikroskopowo stwierdziłem.

Należy więc określić stan, przy którym jest może nie silny, lecz stale wydobywający się ropociek. Jest się więc w prawie mówić o Pyorrhoe i z tego wyrazu tworzy się określenie rzeczownika Pyorrhalis (porówn. Katarrhalis).

Otrzymamy więc nazwę Panodontitis pyorrhalis pod Panodontitis gangraenosa — zgorzelinowy stan sfery okołozębowej.

Można jeszcze bardziej ścieśnić granice przez uwzględnienie tworzenia sią kieszonek.

Jeszcze w początkowym stadjum zostaje naruszona ciągłość między zębem a parodontium i powstaje kieszonka, postępująca w kierunku wierzchołka zębowego. Przerwać łączność, po łacińsku jest disjungere. Nazwa więc Panodontitis pyorrhalis disjungens — oznacza stan zapalny organum dentale z tworzeniem kieszonek.

Skoro mamy nazwę ścisłą i logiczną należy zupełnie zarzucić te dotychczas używane: Paradentitis, Paradentosa, które uwzględniają tylko ząb sam lub periodontia i periodontoclasia, które uwzględniają tylko ozębną.

Problem nazwy nie jest jednak całkowicie rozwiązany.

Tłom. SAURER

USZKODZENIA NASKUTEK STOSOWANIA SSAWEK W PROTEZACH.

Dr. H. FROEDERKING JENA
I-szy asystent Uniwersyt.
Dent. Polikliniki w Jenie.

Choć objawy, które wywołują ssawki i gumki na błonie śluzowej podniebienia, powinny nam być znane, jak również i te zmiany na dziąsłach, na które w piśmiennictwie kilkakrotnie wskazywano, jednakże można zauważyć, że w znacznej ilości wypadków jeszcze robi się z tych ssawek i gumek użytek. Niejednokrotnie można się prze-



Rycina 1
Zmiany na podniebieniu spowodowane przez komorę ssawkową.

konać, że dodatki te w większej części są zupełnie zbyteczne. Jako dowód powyższego twierdzenia służy fakt, że pacjentom, którzy posiadają protezy z ssawkami, można wykonać protezę bez tych urządzeń, a które służą doskonale. Przedewszystkiem, jako warunek przy wykonaniu protezy powinno być szczegółowe zachowanie wszystkich prawideł w poszczególnych etapach pracy.

Zdaniem moim błąd tkwi już w tem, że nie robi się uprzednio próby wykonania protezy zupełnie bez ssawki i że się protezę odrazu zaopatrza w tę ssawkę. Powinno być odwrotnie. W każdyn wypadku powinno się zrobić próbę obejścia się bez ssawki. Jako warunek doskonała gipsowa miarka.

Każda ssawka wywołuje na błonie śluzowej podniebienia mniejsze lub większe zmiany. Te zmiany mogą być według zebranych tutaj doświadczeń o tyle znaczniejsze, o ile intensywniej takie protezy są noszone. Mam na myśli dzienne i nocne noszenie.



Rycina 2
Zmiany na podniebieniu spowodowane gumką.

Rycina 3
Zmiany na podniebieniu spowodowane przez komory ssawki.

Ssawki wywołują początkowo podrażnienie dziąseł, występuje jej zaczerwienienie, przyczem staje się jakby brodawczastą.

Podrażnienie wzmaga się przy brzegu ssawki. Następuje przerost dziąseł, które wypełnia całą komorę ssawki. Że takie protezy jeszcze się trzymają i są noszone może służyć dowodem, zbyteczności ssawek samych.

Znaczniejsze i bardziej niebezpieczne są gumki. Pomimo uciążliwego czyszczenia jest ssąca siła ssawek o gumce znaczniejsza aniżeli bez gumek.

Mogę sobie zaoszczędzić opisu uszkodzeń, wywołanych przez gumki do ssawek, jeżeli wskażę na ryciny.

Dziąsło nie tylko wypełnia wgłębienie gumki, lecz otacza i przerasta wszystkie jego brzegi.



Rycina 4 i 5
Zmiany na podniebieniu spowodowane gumką.

To zjawisko występuje o wiele wyraźniej, jeżeli luźno siedząca proteza trzyma się (wisi) tylko na samej ssawce.

Przy oględzinach tych rycin powstaje obawa, że kiedyś przedewszystkiem krawędź gumki może przedziurawić błonę śluzową podniebienia i przez to obnażyć kość.

Że obawa jest słuszna dowodzi następujące spostrzeżenie: „58 letni pacjent K. E. nosi podczas dnia i nocy od

14 lat górną protezę z ssawką o gumce. Ob 2 lat stwierdził lekkie palące uczucie na twardem podniebieniu, na co jednakże uwagi nie zwracał. Przed $1^1/_4$ roku metalową część ssawki wznowiono. Dopiero od $^1/_2$ roku pacjent wyjmuje na noc protezę. Innych dolegliwości poza lekkiem pieczeniem nie miał. Dopiero ostatnio stwierdził, że gdy protezę wyjmuje, zmienia się mowa.



Rycina 6 i 7
Zmiany na p:dniebieniu spowodowane gumką.

Na podniebieniu (patrz ryc. 8) widać położenie, wielkość i działanie gumki (patrz ryc. 10) nad lewym brzegiem takowej długości 1 cm i w najszerszem miejscu około $^1/_2$ cm szerokości przedziurawienie twardego podniebienia, co wywołało połączenie jamy ustnej z nosem i z zatoką szczękową lewą. Brak blizn.

Myślę, że luetyczne pochodzenie ubytku można wykluczyć, ponieważ przedziurawienie odpowiada dokładnie lewemu brzegowi ssawki. Wasserman był negatywny, inne choroby weneryczne też wykluczone. Dziwnym jest tylko

to, że człowiek ten nie zauważył większych zmian ani ropienia.

Zmian w mowie nie odczuwał, ponieważ protezy prawie z ust nie wyjmował. Wyjąwszy ją kiedyś, przypisał zmianę, która powstała w mowie, brakowi w ustach protezy.



Rycina 8
Przedziurawienie podniebienia przez gumkę.

Jest przeto niewykluczone, że przez ucisk albo działanie ssące stopniowo może powstać martwica bez subjek-



Rycina 9
Przedziurawienie podniebienia przez gumkę

tywnych objawów. Potwierdza to mi nowy przedstawiony przez prof. Hesse wypadek:

Pacjentka nosi przed 2-ma laty przerobioną protezę podczas dnia i nocy przy bardzo nieznacznych subjektywnych bólach na podniebieniu. W miejscu jednego z przy-

legających brzegów już od $^1/_2$ roku stwierdzono przedziurawienie błony śluzowej, tak że widzieć można znekrotyzowaną kość wielkości soczewicy, która ma jeszcze łączność z resztą podniebienia. Przy nacisku w miejscu przedziurawienia daje się wycisnąć nieco ropy.

Porównując oba przypadki ma się wrażenie, że w ostatnim przypadku z czasem dojdzie do przedziurawienia kości i że rozwinie się martwica wraz z przedziurawieniem powoli i bez większych dolegliwości dla pacjenta.

Również i druga pacjentka nie miała pojęcia o tych zmianach błony śluzowej na podniebieniu.

Zwłaszcza ten drugi, bez wszelkich objawów przebiegający, jeszcze w początkowym okresie znajdujący się wypadek może dać objaśnienie co do powstania tak wiel-



Rycina 10
Nabrzmiały, a przez to niebezpieczna gumka.

kiego ubytku, który ma wiele podobieństwa do ubytków przymiotowych.

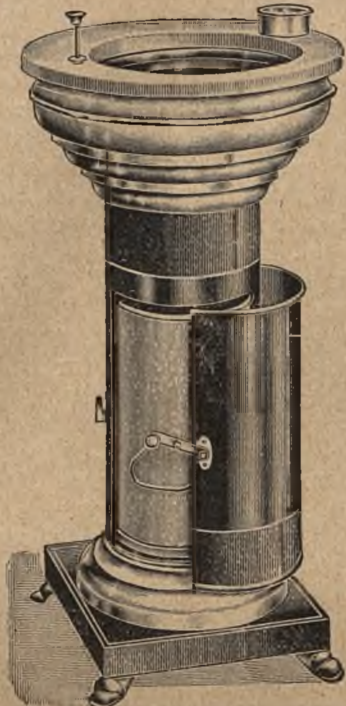
Chciałbym wspomnieć jeszcze i 3-cią pacjentkę, u której wystąpiły nadzwyczaj wielkie zmiany błony śluzowej podniebienia, wyrażone w olbrzymich, przeszytych bruzdami podwyższeniach. Te zmiany również powstały bez żadnych subjektywnych niedomagań. Jak i w pierwszym przypadku, pacjentka nosiła swoją protezę zaopatrzoną w ssawkę podczas dnia i nocy i również gumka ssawki przez stopniowe nabrzmiewanie osiągnęła taki nadzwyczajny rozmiar, że brzegi jej wystawały daleko poza obręb wgłębienia ssawki (patrz ryc. 10).

Należy ostrzec przed zaopatrywaniem protezy w ssawki i tylko tam je domocowywać, gdzie bez takowych jest trudno się obejść i w danym wypadku jednak nakazać pacjentom częstą zmianę gumki.

Tłomacz. Dr. H. Saurer

Odr. 1869

Zalety Itebe—Spluwaczek



Nie-
dościgniona
piękność
formy

Najwyższa
jakość

Tanie ceny

Spluwaczka Itebe № 606b

o drzwiczkach

Ulubiony, cieszący się ogromnem wzięciem model. Wygodne wyjmowanie naczynia, umieszczonego wewnątrz. Praktyczny mechanizm do zamykania drzwiczek, ładnie i starannie niklowane skówki, trwałe pokrycie emalją.

wraz z płytą marmurową

Górna część, pierścień wkładki wyścielającej i okucia mocno niklowane, trzon i czworokątna podstawa o czterech nóżkach lakierowane na czarno.
Lakierowanie innego rodzaju na życzenie.

wysokość 80 cm.

Żądać tylko w lepszych składach dentystycznych!

Skład Fabryczny dla Polski: GDAŃSK, DENTALON, Sp. z ogr. odp.

STOMATOLOGJA A WIEDZA LEKARSKA

Dr. JERZY DROZDOWSKI KRAKÓW
ST. ASYSTENT U. J.

Lat temu kilka, gdy byłem jeszcze studentem medycyny, w przekonaniu swojem uważałem stanowisko dentysty za coś pośledniejszego od innych gałęzi wiedzy lekarskiej. Dlaczego? zapytam — bo patrzyłem na świat innemi oczyma — bo zdawało mi się, że plombowanie, wyjmowanie zębów i protetyka to taki drobny dział, że bez większych przygotowań, można to wszystko wykonać z powodzeniem i ku użytku ludzkości. Przecież felczerzy po wsiach trudnili się a może i trudnią „wyrywaniem" zębów. Że byłem w błędzie przekonałem się później.

W takim okresie i w takim nastroju, dostała się w me ręce rozprawa naukowa Dra Allerhanda, traktująca o sepsis oralis. Zacząłem czytać, zacząłem rozważać i pomyślałem wówczas — inaczej się to dzieje z tą stomatologją, niż sobie wyobrażałem — reszty dokonały wykłady Profesora Łepkowskiego, być może i dzięki temu, że wykładów dentystyki słuchałem na V roku medycyny a nie na trzecim, jak obecnie. Dlatego też później wśród studjów i w czasie kilkuletniego pobytu na chirurgji, zawsze baczniejszą zwracałem uwagę na te sprawy chorobowe, które wykazywały związek z jamą ustną i jej najbliższem otoczeniu.

Znane nam jest z medycyny „cierpienie lokalne" i cierpienie „ogólne". Czyż podział taki nie jest podziałem sztucznym i podziałem pozornym? Panaritium n. p. nazwiemy cierpieniem lokalnem, chorobę zaś zakaźną cierpieniem ogólnem. Czy jest to słuszne? Wybrałem krańcowe przykłady. Czyż nie jest tu i tam zakażenie? Jest, tylko że przy panaritium główne objawy chorobowe toczyć się będą na palcu, lecz któż może dać zapewnienie, że cierpienie to zakończy się miejscowo? Odporność organizmu musi zwalczyć to zakażenie zapomocą różnych środków ochronnych, których wymienianie przekraczałoby ramy niniejszego odczytu. Organizm zwalczy wkraczającą infekcję, jeśli siły ustroju są do tej walki zdolne. Dla porównaia przytoczę przykład z dentystyki. Jeśli mamy do czynienia z pupitis, to któż nam zaręczy, że zakażenie tędy wkraczające ograniczy się tylko do kanału zębowego, czy przejdzie na oprawę zęba, a może na szczękę, a może na części miękkie, a może i dalej na cały ustrój. Gdzie brama na siedm zamków zamknięta,

gdzie granica, która oddzielać ma dział stomatologji od działów innych gałęzi wiedzy lekarskej. Nie wolno nam tej granicy, jako nienaruszonej stawiać.

Powracam do pracy Dra Allerhanda, która w wyczerpujący sposób omawia sprawę zakażeń utajonych z wszystkiemi działami medycyny, praca to wszechstronna a chciałbym do niej dorzucić dwa przypadki interesujące, które przez moje przeszły ręce.

Przed kilku miesiącami zwróciła się do nas pacjentka, skierowana przez internistę, by zbadać jej dokładnie jamę ustną. Pacjentka podawała, że od siedmiu lat gorączkuje w granicach 37.3 do 37.4° C przy nieznacznych dreszczach, poza tem słabnie coraz więcej. Leczyła się na wszystkie możliwe choroby, przedewszystkiem na płuca, gdyż taka temperatura najlepiej odpowiada przypuszczeniu gruźlicy. Zbadano krew, znaleziono objawy wysokiej niedokrewności, ale i dziwo wyhodowano z krwi bacterium coli. Poczęto więc szukać za jakiemś ogniskiem zakaźnem, które cierpienie pacjentki powoduje, szukano długo, gdyż u nas dopiero na końcu zwraca się uwagę na zęby. Nigdzie zmian w organiźmie nie znaleziono, więc jako „ultimum refugium" zwrócono się do stomatologa. Uzębienie pacjentki nie pozostawiało zewnętrznie nic do zarzucenia, kilka koron złotych, kilka plomb dobrze osadzonych, to wszystko. Wykonałem szereg zdjęć roentgenowskich przedewszystkiem zębów plombowanych i w koronach a tylko nad korzeniem jednego zęba przedtrzonowego w szczęce górnej stwierdziłem ziarniniak wkołokorzeniowy, wielkości ziarna kukurydzy. Ząb ten miał złotą koronę. Pacjentka zrozpaczona swym stanem ogólnym, zgodziła się na usunięcie zęba, jako ostatniej deski ratunku. Ząb usunąłem, zębodół wyskrobałem ostrą łyżeczką i założyłem opatrunek z gazy zwilżonej z jodyną. I od tego dnia zniknęły dreszcze, temperatura codziennie po jednej dziesiętnej obniżała się aż do 36.8° C. Radość pacjentki nie miała granic i nie łudziła się, gdyż badanie krwi wykonane w dwa tygodnie później wykazało zniknięcie okrężnicy z krwi a wskaźnik hemoglobiny podniósł się znacznie. Temperatura utrzymywała się normalna, po raz pierwszy od siedmiu lat. Pacjentkę widziałem przed kilku dniami, dolegliwości ustąpiły radykalnie, po tak błahym zabiegu, lecz jakże długa była droga do niego!

Drugi przypadek, to słuchacz U. J. w Krakowie, operowany przeze mnie przed rokiem z powodu ostitis infectiosa talerza biodrowego. Po kilku tygodniach zagojony opuścił oddział chirugiczny szpitala. W bieżącym roku zapadł na zapalenie nerek skomplikowane zapaleniem mięśnia sercowego. Leczenie schorzenia postępowało ogromnie opornie, badanie moczu wykazało białka około 3‰, liczne krwinki

czerwone i białe oraz bakterje. Skierowany z Kliniki Wewnętrznej do Instytutu Stomatolog. U. J. zjawił stę w niesłychanie opłakanym stanie ogólnym. Badając jamę ustną znalazłem zniszczony przez próchnicę pierwszy ząb trzonowy po stronie prawej w szczęce dolnej. Korzenie tegoż zęba usunąłem i znalazłem je częściowo zresorbowane i pokryte u szczytów ziarniniakami, w odrębie których tkwiły drobne ogniska ropne. Pacjent zniósł zabieg dobrze. Po tygodniu przyszedł do Instytutu z miną radosną, o własnej mocy, podczas gdy tydzień temu, przywieziono go i musiano prowadzić, gdyż tak był osłabiony. Badanie moczu w tydzień po usunięciu zęba wykazało brak krwinek i brak bakterji a tylko ślad białka.

Zacytowałem tylko dwa przypadki, tak wybitne i tak uderzające w oczy, że niemożliwem byłoby nie wciągnąć w związek przyczynowy dokonanie ekstrakcji z wyleczeniem cierpienia ogólnego.

Nie dlatego jednak cytowałem te przypadki, by opowiadać jakieś cuda z tysiąca i jednej nocy i nie dlatego by stomatologję wynosić ponad miarę, lecz by wykazać tę łączność między wiedzą lekarską a stomatologją, tę łączność która u nas jest silną i nikt na gruncie krakowskim nie stara się czynić rozdziału, lecz przeciwnie wspópracujemy ciągle z wszystkiemi gałęziami wiedzy lekarskej, a granice jakie uznajemy, mogą być tak podatne jak ścianka jamy Highmora, która oddziela stomatologję od rinologji. Jeśli mówię o tem to jedynie dlatego, że chce wyrazić radość, iż tu w Krakowie świat lekarski a w pierwszym rzędzie kliniki Wydziału lekarskiego współpracują z nami. Skończyły się te czasy gdy lekarz internista badając chorego, oglądał skórę, spojówki, zaglądał do gardła, badał język a pomijał zęby, jakgdyby one były czemś obojętnem, jakby nie były one taką samą częścią organizmu, jak inne jego części. Minęły u nas te czasy, pragnę by wszędzie tak było.

Jeśli chirurgja jest gałęzią wiedzy lekarskiej, której nikt nie powie dzisiaj, że nie potrzeba do niej gruntownego przygotowania ogólno-lekarskiego, wydała z siebie cały szereg specjalności, że zacytuję tylko ortopedję, urologję, oto-laryngologję, dział operacyjny okulistyki, ginekologję, to czemże jest stomatologja, jeśli nie jest młodszą siostrą chirurgji? Chirurgja jamy ustnej może być tylko przystosowana do warunków anatomicznych, nie może się jednak wyłamywać z prawideł ogólnej obowiązujących w chirurgji. Bo czyż otwarcie ropnia na ciele jest innym zabiegiem, niż otwarcie ropnia w jamie ustnej? Czy zakażenie z jamy ustnej wychodzące jest mniej groźne niż zakażenie wychodzące z innej części organizmu? Chirurgja mimo to, iż tyle

specjalności z niej się wyłoniło, ma jeszcze aż nadto do czynienia.

Może niemiłe będą moje słowa dla kogoś, lecz zbyt silne są więzy, które mię łączą z medycyną wogóle, bym mógł tego związku nie odczuwać a co czuję to mówię. Za wiele lat przepracowałem w chirurgji, bym się nie żachnął na propozycję autorów, którzy trudne ekstrakcje zalecają rozwiązywać świdrem. Chirurgja zaleca udostępniać sobie pole operacyjne, pracować pod kontrolą oka, a cóż zobaczy operator wiercący świdrem w krwią zalanem polu operacyjnem, dokąd się ma dowiercić, co na to powie bakterjologja? Wiórka zakażone przemocą wtłacza się w tkanki zdrowe i przerywa ten wał ochronny jaki stwarza organizm broniący się przed najazdem drobnoustrojów. Mamy i w stomatologji zapał do wykonywania zabiegów chirurgicznych, objawiający się masowo wykonywanemi resekcjami korzeni, które jednak bardzo często prowadzą do późniejszej ekstrakcji zęba, z tą tylko różnicą, że zamiast szybkiego i zupełnego wygojenia, jakie zazwyczaj następuje po zwykłej ekstrakcji, mamy często do czynienia ze zmianami ostytycznemi w okolicy poprzednio wykonanej resekcji. Zdania powyższe wypowiadam na podstawie przypadków spostrzeganych przez siebie, po resekcjach wykonywanych u nas w kraju i zagranicami Mimo usunięcia zęba i zropiałych tkanek zmiany zapalne w kości utrzymywały się dalej a ponowne tworzenie się ropni i wydzielanie sekwestrów kostnych w miejscu pierwotnie wykonanego zabiegu powtarzało się kilkakrotnie. Zapał zaś do wykonywania resekcji korzeni znalazł swój wyraz w metodzie operacyjnej, która zaleca w przypadkach, gdzie dostęp do szczytu korzeni jest trudny szukać tego dostępu przez otwarcie jamy Highmora. Czy nie przypomina to bajki o pustelniku i niedźwiedziu, który chcąc zabić muchę na czole śpiącego pustelnika, tak radykalnie postąpił, że zabił łapą muchę ale i rozbił głowę pustelnika. Czy my mamy ludzkości oddawać „nieźwiedzie przysługi"? Czy chirurgja nie daje nam tyle wdzięcznego pola? Mamy cysty zębowe, mamy nowotwory, tyle przypadków, cheilo-gnatho-palatoschisis, róbmy uranoplastyki, róbmy plastyki warg, odciążmy tę chirurgję, której pozostanie jeszcze dosyć wdzięcznego pola do pracy. Specjalizujmy się w dziale naszym a zasłużymy sobie wdzięczność społeczeństwa, jeśli doprowadzimy do jeszcze większej doskonałości to co się już dzisiaj wykonuje

Do tego celu jedna droga t. j. po gruntownem zapoznaniu się z całokształtem wiedzy lekarskiej po gruntownem poznaniu chirurgji, przystępujmy do specjalizowania się w stomatologji. Państwo musi jednak przyjść nam z pomocą, tak jak to jest za granicami przez stworzenie klinik

stomatologicznych a nie tylko ambulatorjów. Potrzebna nam jest możność stałych chorych a nie tylko dochodzących. Wtedy możność specjalizacji będzie zupełną.

Gdy to nastąpi, nie będzie między nami takich, którzyby byli innego jak tylko tego zdania: „Niema stomatologji bez medycyny, jak niema medycyny bez stomatologji".

Konkurs

Zarząd powiatowej Kasy Chorych we Włodawie ogłasza niniejszy konkurs na stanowisko

Lekarza-Dentysty

w ambulatorjum P. K. Ch. we Włodawie od dnia 1 sierpnia r. b.

Warunki pracy:

3 godziny dziennie.

Wynagrodzenie 300 Zł. miesięcznie.

Prywatna praktyka szeroko zapewniona.

Rozsądek nakazuje używać miazgociągów

"MEUNIER-BURDIN"

wspaniałej prudukcji szwajcarskiej



Miazgociągi „Meunier-Burdin" są najlepsze z wszystkich znajdujących się w handlu.
Miazgociągi te są wyrabiane ze specjalnej o wielkiej odporności stali.
Ich forma i wykończenie należą do najlepszych i najdokładniejszych.
Dają one maksymum pewności i zadowolenia.
Oczywiście można zapłacić drożej, nie dostać jednak lepszych miazgociągów.

Do nabycia we wszystkich składach narzędzi i materjałów dentystycznych

(G) Gładkie miazdociągi Meunier-Burdin (igły Millera) „Neutra" zahartowane na nieb., nie łamiące się, lub białawe, dług. 30, 40. 50 mm 12 tuz. Fr. 17.50

(G) Gładkie miazgociągi Meunier-Burdin (igły Millera) z mosiądzu do kwasu siarczanego 12 tuz. Fr. 23.—

Ceny:

Gatunki

№ 1 (A) Meunier-Burdin „Neutra" miazgociągi, długie, niebieskawe, pierwszy gatunek, bardzo polecane, nacięcia w formie śruby, zupełnie niełamiące się . . . 12 tuz. Fr. 115.—

№ 2 (A) Meunier-Burdin miazgociągi, forma Donaldsona, białe lub niebieskawe, nie łamiące się, doskonały gatunek . . 12 tuz. Fr. 60.—

№ 3 (A) Meunier-Burdin miazgociągi, forma Donaldsona, zwykły gatunek . . 12 tuz. Fr. 40.—

Gatunki

№ 1 (H) Meunier-Burdin „Neutra", pierwszy gatunek, zazębienia (nacięcia) w formie śruby zupełnie nie łamiące się, krótkie, trzon sprężynowy . . . . . 12 tuz. Fr. 135.—

№ 2 (H) Meunier-Burdin miazgociągi, forma Donaldsona, nie łamiące się, doskonały gatunek, krótkie, trzon sprężynowy . 12 tuz. Fr. 65.—

№ 3 (H) Meunier-Burdin miazgociągi, forma Donaldsona, zwykły gatunek, sprężynowym trzonem 12 tuz. Fr. 40.—

Jedyni przedstawiciele:

J. MEUNIER-BURDIN & C-IE. S. R. LTD. ANNEMASSE (FRANCJA)
J. MEUNIER-BURDIN, FABRYKA WYROB. DENTYSTYCZN. GENEWA (SZWAJCARJA)

SŁÓW KILKA NA TEMAT: „CZY WYJMOWANIE ZĘBÓW WSKAZANE JEST W PRZEBIEGU ROPNIA".

H. SZTABHOLC
Lekarz-dentysta

BUSKO — ZDRÓJ

Słusznie postąpił kol. Kapłan, poruszając w zesz. 11/12 r. 1928 „Kroniki" wymieniony w nagłówku temat.

Praktycy prowincjonalni wiele w poruszonej sprawie powiedzieć mogą, o czem przekonać się mogłem w potocznej rozmowie z kolegami.

Praktykując od lat kilkunastu na prowincji, miałem nieraz możność słyszeć nietylko od pacjentów, lecz i od lekarzy, iż usunięcie zęba w przebiegu ropnia połączone jest z niebezpieczeństwem. Nader często podczas sezonu letniego w Busku zgłaszali się do mnie pacjenci z ropniami wskutek zapalenia okostnej szczęki, prosząc o radykalną i szybką pomoc, bowiem nie mogą korzystać z zalecanych kąpieli wskutek wyczerpania, co naraża ich na bezcelowy pobyt w miejscowości leczniczej oraz na znaczne wydatki.

Gdy w takich przypadkach zalecałem wyjęcie zęba, pacjent oznajmił, iż lekarz ordynujący zabronił mu poddać się tej operacji.

W praktyce swej w przebiegu ropnia najczęściej stosuję ekstrakcję. Tam zaś, gdzie chodzi o zachowanie zęba i wykonanie odcięcia wierzchołka, powstrzymuje się od tego zabiegu, stosując nacięcie. W kilkuset przypadkach wyjmowałem zęby w najcięższym nawet przebiegu ropni i obrzmień. Wyniki zawsze były pomyślne. Już zaraz po ekstrakcji następowała zwykle ulga, a nazajutrz zaś — zwykle znaczne polepszenie. Zdarzało się niekiedy, iż występowały bóle poekstrakcyjne, lecz te wkrótce przechodziły, po zastosowaniu okładów, płókań lub też jakiegoś sedativum.

Obserwowałem również takie przypadki, że chorzy po długiem wyczekiwaniu na „pęknięcie" ropnia, nie mogąc dłużej cierpieć, zgłaszali się, prosząc o pomoc. Gdy zaś pragnąłem tej udzielić czy to w postaci przecięcia ropnia, lub też innego odpowiedniego zabiegu, nie mogłem tego dokonać, bowiem pacjenci byli tak osłabieni i wyczerpani, iż już przed przystąpieniem do zabiegu mdleli, czasami kilkakrotnie. Skierowałem wówczas pacjenta do domu, aby się nieco wzmocnił i następnie się zgłosił ponownie.

Że nie zawsze wyczekiwanie przechodzi pomyślnie, przytoczę kilka przypadków ze swej praktyki z ostatniego półrocza.

1) Przed 4 miesiącami zgłosiła się N. N., lat 40, z prośbą o „zatrucie" zęba. Obrzmienie na policzku z prawej strony było spowodowane ropniem górnego lewego I trzonowca. Zaproponowałem usunięcie zęba. Pacjentka nie zgodziła się, proponowałem więc nacięcie ropnia, uprzedzając o grożącem niebezpieczeństwie. I na to nie zdecydowała się. Po trzech tygodniach zgłosiła się ponownie, narzekając na wydzielanie się ropy z nozdrza. Ustaliwszy zapalenie zatoki szczękowej (empyema antri Highmori), zaproponowałem ekstrakcję, zalecając natychmiastowe udanie się do chirurga, celem odpowiedniego dalszego leczenia. Ząb został usunięty, pacjentka jednak więcej już nic nie robiła, sądząc, że proces ropny sam przejdzie. Obecnie znajduje się w Krakowie, gdzie była już dwukrotnie poważnie operowana.

2) W październiku r. ub. zgłosiła się N. N., lat 19, z obrzmieniem policzka, spowodowanem ropniem, który się wytworzył na wierzchołku dolnego prawego zęba mądrości. Zaproponowałem usunięcie zęba, na co pacjentka nie zgodziła się. Natomiast udała się do lekarza, który zaordynował okłady, a następnie kataplazmy. Gdy w ciągu tygodnia nic się nie poprawiło, a przeciwnie pogarszało się, pacjentka została skierowana do mnie przez lekarza. Wobec istnienia znacznego szczękościsku, wysokiej ciepłoty (38,7) i ogólnego wyczerpania skierowałem chorą do chirurga. Czem się skończył ten przypadek, nie wiem, bowiem pacjentki później więcej nie widziałem.

3) W pierwszych dniach grudnia r. ub. zgłosiła się S. S., lat 35, z obrzmieniem, spowodowanem istnieniem ropnia okostno dziąsłowego górnego lewego bocznego siekacza. Zaznaczyć muszę, że w ciągu 2-ch lat kilkakrotnie namawiałem pacjentkę na usunięcie powyższego zęba, gdyż ropa stale niszczyła zębodół i tkanki okoliczne. Ostatnio obrzmienie sięgało: od łęków zębodołowych (juga alveolaria) górnej szczęki do brzegu podoczodołowego; temperatura 38,9; pacjentka wymęczona, bóle głowy. O ekstrakcji nie mogło być mowy, bowiem niczego nie można było się doszukać w zębodole. Założyłem tampon z gazy jodoformowej i zaleciłem okłady z wyskoku kamforowego pod ceratką (uprzedzając co do oka) i w celu uśmierzenia bólu oraz obniżenia ciepłoty, proszki (pyramidoni, phenacetini, coff. natr. benz.) Nazajutrz ciepłota dochodziła do 40 stopni; pacjentka zmuszona była pozostać w łóżku. Po 4-ch dniach zaleciłem na kilka godzin kataplazm; ropień pękł ze strony

podniebienia. Pacjentka dopiero po 2-ch tygodniach mogła opuścić łóżko.

4) Przed 2-ma tygodniami zgłosił się do mnie lekarz M. M., lat 45. Obrzmienie w okolicy lewego środkowego górnego siekacza, spowodowane ropniem. Ząb był bardzo wysunięty i ledwo się trzymał. Zaproponowałem ekstrakcję, tembardziej, że pacjent nosił górną dostawkę. Wzdragał się poddać operacji, motywując to obawą spowodowania powikłania w tem stadjum. Przez tydzień leczył się sam (incisio, płókania, kataplazmy), lecz nic to nie skutkowało. Wtedy zgłosił się ponownie i zgodził się na usunięcie zęba. Po wyjęciu zęba wydzieliła się z zębodołu znaczna ilość ropy; odrazu nastąpiła ulga. Obrzmienie następnie zmniejszyło się do tego stopnia, że można było zdjąć wycisk w celu dorobienia do dostawki zęba. Pacjent więc niepotrzebnie cierpiał przez przeszło tydzień.

Reasumując powyższe, w zupełności podzielam zdanie kol. Kapłana. Na prowincji (szczególnie, gdy pacjenci zgłaszają się ze znacznemi zmianami wskutek długiego wyczekiwania) w przypadkach istnienia ropnia przy największych obrzmieniach najradykalniej i najpewniej jest usunąć ząb. Zabieg ten spowoduje natychmiastową ulgę i powstrzymuje od wszelkich powikłań. Wobec pomyślnych wyników dziwną się wydaje obawa niektórych praktyków co do usuwania zębów podczas istnienia ropnia.

Nad-ssawka MEUNIER-BURDIN jest szczytem doskonałości

Siła przylepiania niezrównana. — Żadnego podrażnienia śluzówki. — Wszelkie zalety ssawek.
— — — Jakiekolwiek bądź niedogodności wykluczone. — — —

Nº 0	1	2	3	4	5
19×12 m/m	13 m/m	16 m/m	18 m/m	21 m/m	23 m/m



Nowe ceny w walucie francuskiej.

	1 tuz.	12 tuz
NN 2, 3, 4, goździk z metalu M-B nierdzawiejącego, umocowanie zwykłe zapomocą haczyka	35 fr.	400 fr.
NN 0, 1, 2 3, 4, 5, goździk ze złota double, umocowanie zapomocą opatentowanej czapeczki	60 fr.	650 fr.
NN 0, 1, 2, 3, 4, 5, goździk czapkowaty z nierdzawiejącej stali Wipla V 2 A Kruppa	60 fr.	650 fr.
NN 0, 1, 2, 3, 4, 5, goździk ze złota 18 karatowego, umocowanie zapomocą opatentowanej czapeczki	135 fr.	
Krążki gumowe specjalne M-B (zapasowe) NN 0, 1, 2, 3, 4, 5	4 fr.	42 fr.

Nowe ssawki M-B ze złota 18 kar. fr. 70 za sztukę.

17×10 m/m	11 m/m	14 m/m	16 m/m	19 m/m	21 m/m



Nº 0	1	2	3	4	5

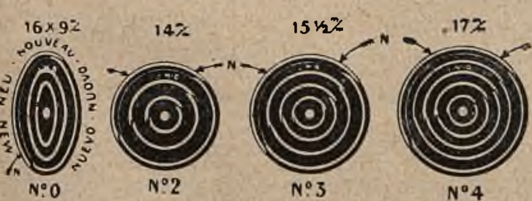


„N"-nowe krążki M-B miękkie

zaopatrzone w prążki i uwypuklenia krążkowe

Tuzin . . . . 5 fr.

12 tuzinów . . . . 55 fr.



Nowe ssawki całkowicie metalowe ze złota 18 karatowego specjalnie do robót złotych lanych lub tłoczonych N 2, 16 m/m; N 3, 18 m/m
sztuka . . . . 70 fr.



J. Meunier-Burdin, Fabricant Crevet'é, 4, Passage de Lions.
Genewa (Szwajcarja)

Z PAŃSTWOWEGO INSTYTUTU DENTYSTYCZNEGO.

Studenci Państw. Inst. Dent. w Warszawie złożyli do Sejmu następujący memorjał:

1. Państwowy Instytut Dentystyczny powstał dnia 17. II. 1920 r. na zasadzie rozporządzenia Ministra Zdrowia Publicznego, a na podstawie art. 26 Dekretu o organizacji władz naczelnych (Dz. Pr. K. P. r. 1918 N. 1. par. 1) oraz w myśl uchwały Rady Ministrów z dnia 12. I. 1922 r. (ogł. w Mon. Polsk. z dnia 13. I. 1922 r. za № 25) zostało zarządzone, że:

a) Par. 1. z dniem 1. I. 1922 r. przechodzi Państwowy Instytut Dentystyczny pod całkowity zarząd M. W. R. i O. P.

b) Organizację Państwowego Instytutu Dentystycznego określa Tymczasowy Statut P. I. D.

2. Par. 4 Tym. Stat. P. I. D. mówi że: „Organizacja życia wewnętrznego Instytutu i kierownictwo nauk spoczywa w rękach Komisji Stałej, której prawa i obowiązki są analogiczne do praw i obowiązków Rady Wydziałowej Uczelni Akademickich jednowydziałowych".

3. Par. 6 Tym. Stat. P. I. D. mówi: „Do wewnętrznego urzędowania w P. I. D. stosuje się przepisy, obowiązujące w szkołach akademickich".

4. Par. 10. Tym. Stat. P. I. D. mówi, że: „z końcem IV roku studjów składa kandydat egzamina ostateczne i otrzymuje stopień lekarza dentysty. Stopień lekarza dentysty uprawnia do ubiegania się o stopień Doktora Nauk Dentystycznych. Warunki uzyskania stopnia Doktora Nauk Dentystycznych zostaną unormowane osobnem rozporządzeniem".

5. Państwowy Instytut Dentystyczny stoi na poziomie wszystkich szkół akademickich:

a) Kandydaci przyjmowani są na podstawie konkursu świadectw dojrzałości (matura).

b) Wykładającymi są profesorowie i docenci Uniwersytetów.

c) Akt immatrykulacji brzmi: „Pan N. N.................. otrzymał obywatelstwo akademickie, złożywszy w ręce Dyrektora uroczyste przyrzeczenie, że będzie wytrwale dążył do zdobycia wiedzy, że nie przy-

niesie ujmy dobremu imieniu Instytutu i, że będzie posłuszny przepisom i władzom akademickim".

d) Świadectwem identyczności każdego słuchacza jest dowód akademicki jak we wszystkich szkołach akademickich.

e) Studja trwają cztery lata, w czasie których obowiązują wykłady, pracownie, kolokwja i egzaminy i dają podstawę wykształcenia ogólno-lekarskiego oraz gruntowną wiedzę lekarską w dziedzinie dentystyki. O poziomie tych studjów świadczy fakt, że absolwenci wydziału lekarskiego, doktorzy medycyny, chcąc poświęcić się dentystyce, pogłębiają swoje studja specjalne w Państwowym Instytucie Dentystycznym, pracując wspólnie ze studentami tejże uczelni.

6. Mimo powyższych faktów, identyfikujących Państwowy Instytut Dentystyczny z innemi uczelniami akademickiemi, stwierdzamy, że Państw. Instyt. Dent. nie jest faktycznie uznany za szkołę akademicką, gdyż został pominięty w spisie Państwowych Szkół Akademickich w par. 111 cytowanej ustawy z dnia 13. VII. 1920 r., natomiast od 8 lat jest organizacją przejściową, równo-uprawnioną tylko z innemi szkołami akademickiemi.

7. Przewidziane unormowanie przejściowej organizacji P. I. D., który jest jedyną tego rodzaju uczelnią w Polsce, który w murach swych kształci 500 słuchaczy, a rok rocznie wydaje około 100 dyplomów, zasilając fachowemi siłami całą Rzeczpospolitą Polską, — dotychczas nie nastąpiło.

8. Przejściowa organizacja P. I. D. jak i każda inna organizacja przejściowa, nie posiada racji bytu na przyszłość. Powinna była już dawno być unormowaną. zwłaszcza, że trwa ona już 8 lat, krzywdząc 500 słuchaczy Instytutu, 947 absolwentów, polską wiedzę dentystyczną i społeczeństwo polskie.

9. Słuchacze Instytutu, obarczeni temi samemi obowiązkami jak słuchacze wszystkich szkół akademickich, są jednak pod względem uprawnień znacznie pokrzywdzeni.

10. Prawa absolwentów są bardzo uszczuplone, bowiem par. 10 Tym. Stat. przewiduje, że dyplom P. I. D. uprawnia do ubiegania się o stopień wyższy; jest to jednak przepis martwy, gdyż rozporządzenie odnośne wydane nie zostało i faktycznie absolwenci Instytutu mają dalszą drogę naukową w kraju zamkniętą.

11. Okoliczność ta działa fatalnie, bowiem najlepsze siły zmuszone są zrezygnować z wyższych aspiracji w dziedzinie nauki dentystycznej, ograniczając się do szablonowej praktyki lub też zmuszeni są wyjeżdżać zagranicę dla pogłębienia swej wiedzy i zdobycia wyższych dyplomów, wzbogacając obcych swoją pracą i wiedzą naukową ze szkodą oczywiście tak dla polskiej wiedzy dentystycznej i piśmiennictwa dentystycznego, jak nie mniej dla zdrowia obywateli kraju. Przyczem studja zagranicą dostępne są jedynie dla ludzi bogatych, podczas gdy jednostki mniej zamożne, chociażby najzdolniejsze i najbardziej ochocze do pracy, muszą się marnować, gdyż droga do dalszej pracy naukowej jest dla nich we własnym ich kraju zamknięta.

12. Dziś po 8-iu latach egzystencji Instytutu, kiedy Państwo Polskie wytęża swoje siły w kierunku samowystarczalności i usuwa wszelkie bolączki kraju, słuchacze P. I. D. w imię wzniosłych celów — nauce i Ojczyźnie służyć mają wyższe uczelnie, by zapobiec zbytecznemu wysługiwaniu się obcym i wzbogacaniu obcej wiedzy, a krzywdzeniu siebie — zwracamy się z gorącym apelem do czynników miarodajnych o zainteresowanie się naszą sytuacją oraz ustabilizowanie jej, gdyż, jak wykazywały ubiegłe lat 8, Państwowy Instytut Dentystyczny gorliwie spełnia zaszczytne swoje obowiązki wobec nauki dentystycznej i społeczeństwa.

13. Reasumując, stwierdzamy rażąco widoczną krzywdę, jaka się dzieje Polskiej wiedzy dentystycznej, społeczeństwu Polskiemu, absolwentom Instytutu i słuchaczom P. I. D. Niechaj więc władze ustawodawcze, jedynie powołane i uprawnione, uzupełnią swoje rozpoczęte dzieło i poczynią dalszy krok dla dobra nauki ojczystej i unormują organizację wyższej uczelni dentystycznej.

Ogół studentów Państw. Instytutu Dentyst
w Warszawie

* *
*

W roku akad. 1928/29 złożono podań o przyjęcie do Instytutu 445; przyjęto osób 116; w tej liczbie mężczyzn 27, kobiet 89. Aczkolwiek liczba kandydatów — mężczyzn była dosyć pokaźna (około 200), jednak wobec tego, iż w przyjęciu kandydatów brano pod uwagę konkurs matur, które kobiety posiadają lepsze, liczba przyjętych kobiet jest więc większa.

Na wniosek Rady Profesorów Państwowego Instytutu Dentystycznego kandydaci, ubiegający się o przyjęcie na studja do tej uczelni będą poddawani specjalnemu egzaminowi przed rozpoczęciem roku akademickiego. Warunki, uprawniające do przystąpienia do egzaminu i termin zapisu, ogłoszony będzie w drugiej połowie sierpnia r. b.

GABINET DENTYSTYCZNY

w mieście na prowincji (Poznańskie)

bardzo dobrze zaprowadzony — elegancko urządzony — jedyny na miejscu z Kasą Chorych —

na sprzedaż

25 pacjentów dziennie — bardzo bogata okolica — 7-mio pokojowe, elegancko wyremontowane mieszkanie w centrum miasta, z telefonem, balkonem i światłem elektrycznym.

Łaskawe oferty do »ECHA DENTYSTYCZNEGO«.

O PRZYSZŁOŚĆ ZAWODU LEKARZY-DENTYSTÓW

Pod tym tytułem „Dziennik Narodowy" (№ 29 z dnia 13. II. 1929), wychodzący w Piotrkowie, zamieścił artykuł lekarza-dentysty J. następującej treści:

„Z wyjaśnienia Min. W. R. i O. P. w komisji budżetowej Sejmu dowiadujemy się, że z pośród wyższych uczelni w Polsce największy procent kobiet (ponad 90 proc.) studjuje dentystykę. W samym tylko Państwowym Instytucie Dentystycznym w Warszawie w roku 1928 i 1929 przyjęto 89 kobiet na 116 wolnych miejsc, jakkolwiek zgłoszeń kandydatów — mężczyzn było około 200.

Sprawa ta ma znaczenie zarówno ze stanowiska ogólnopaństwowego jak i dla przyszłości zawodu lekarsko-dentystycznego. Jeśli bowiem i w dalszym ciągu uczelnie nasze, a przedewszystkiem Państwowy Instytut Dentystyczny, będą przyjmowały mężczyzn w stosunku procentowym tak niekorzystnym, niebawem w zawodzie tym pracować będą wyłącznie kobiety, a lekarz-dentysta rodzaju męskiego stanie się prawdziwym unikatem.

Stosunek procentowy kobiet do mężczyzn powinien być raczej odwrotny.

Wiadomo ogólnie, że autorytet kobiecy w praktyce, zwłaszcza lekarskiej, nie zdobył sobie jeszcze powszechnego uznania w tym stopniu, ażeby wszystkie absolwentki dentystyki mogły samodzielnie prowadzić i utrzymywać gabinety dentystyczne. Autor nie ma zamiaru obniżać wiedzy swoich koleżanek, jako lekarek-dentystek, ale tak jest w praktyce, a nie inaczej.

Czy nie byłoby zatem wskazane ująć tę zasadniczą kwestję społeczną z innego punktu widzenia. Opierając się na doświadczeniu życiowem, należałoby nie ograniczać, jak w obecnym roku szkolnym, przyjęcia kandydatów mężczyzn z wielką szkodą dla nich samych i dla nauki.

W roku 1919 i 1920 na dentystyce było 25—30 procent kobiet, a dziś przeszło 90 proc. Państwowy Instytut Dentystyczny należałoby właściwie zaliczyć już do żeńskich zakładów naukowych. A pamiętać należy, że Instytut ten jest, niestety, dotąd ciągle jedyną uczelnią dentystyczną w Polsce. Stwierdzić należy, iż ze względu na interesy obrony Państwa stan taki jest poprostu niedopuszczalny. Trudno bowiem wyobrazić sobie armję czy podczas pokoju, czy w czasie wojny, pozbawioną dostatecznej liczby leka-

rzy-dentystów mężczyzn i obsługiwaną w tym dziale wyłącznie przez kobiety.

Ministerstwo W. R. i O. P. powinno w drodze nadzoru polecić dyrektorowi Instytutu Dentystycznego ponownie rozpatrzeć wszystkie podania, złożone przez kandydatów mężczyzn i przyjąć na rok 1928—1929 większą liczbę kandydatów, gdyż tego wymaga interes Państwa".

Słyszeliśmy, iż Rada Profesorów Państwowego Instytutu Dentystycznego uchwaliła w najbliższym roku akademickim przyjęcie kandydatów do tej uczelni uzależnić od wstępnych egzaminów konkursowych wzorem egzaminów, urządzanych dla kandydatów, wstępujących na medycynę, a nie od t. zw. konkursu matur. Decydować będzie nie dyrektor ew. komisja, lecz ciało profesorskie.

Przedr. z Kron. Dent. 3/4 1929.

RECEPTY FELCZERÓW i LEK.-DENTYSTÓW.

W myśl przepisów art. 85 Ustawy dla farmaceutów i aptek z 1844 r. i art. 371 Ros. Ustawy lekarskiej z 1905 r. lekarstwa, wydawane za receptami lekarzy, powinny być zaopatrzone w sygnatury, a w myśl art. 14 Rozporządzenia b. Ministra Zdrowia Publicznego z dnia 20 marca 1922 r. (Dz. Ust. 29, poz. 223) lekarstwa za receptami felczerów winno być przyrządzane zgodnie z wymaganiami przepisów ustawowych co do wydawania i przygotowywania ich za receptami lekarzy i przy zachowaniu przepisów art. 15, 16, 17 i 18-go Rozporządzenia.

Jak wynika z powyższego, apteki obowiązane są lekarstwa, wydawane za receptami felczerów, zaopatrywać w sygnatury, wobec czego o każdym konkretnym wypadku niestosowania się aptek do tego przepisu felczerzy, zawiadamiają państwowe władze administracyjne II instancji w Warszawie Komisarjat Rządu, które są powołane do nadzoru nad aptekami.

Tak wygląda rozporządzenie w stosunku do słusznych żądań felczerów. O ile tym przysługuje pewne prawo przepisywania recept, jest ono prawnie przestrzegane.

Inaczej wygląda takie prawo w stosunku do prawnych wymagań lekarzy-dentystów. Otóż apteki, jak mówią, na skutek czyjegoś „rozporządzenia" (może poufnego) odmawiają wydawania leków z przepisów lekarzy-dentystów (kokainy, arszeniku, eteru i in.). Aczkolwiek istnieje wyraźne prawo w tej sprawie, zgodnie z którem praktykom tym przysługuje prawo przepisywania leków dla celów swej specjalności (p. Ustawa Szkół Lekarsko-dentystycznych), a preparatów dla celów tej specjalności, jak wiemy, jest sporo, tembardziej obecnie, gdy zębolecznictwo czyni szybkie kroki naprzód, postęp ten u nas będzie hamowany, dzięki „miłym" stosunkom do przedstawicieli zawodu dentystycznego.

Jak sobie wytłumaczyć fakt niewydawania przez apteki — z przepisów lekarzy-dentystów — arszeniku, kokainy, kofeiny i morfiny w ampułkach (wymaganych przez władzę lekarską), które to niezbędne są w praktyce codziennej?

Co czynią w powyższej sprawie nasze liczne zrzeszenia dentystyczne? Może kierownicy nie znają wymagań ustawy i przepisów prawnych dla lekarzy-dentystów, które to prerogatywy, uzyskane na mocy dyplomu, nie mogą być skasowane obecnie w drodze administracyjnej, pomimo „opinji" pewnego profesora? Najwyższy Trybunał Administracyjny bezwzględnie sprawę rozstrzygnie w myśl wyraźnego brzmienia obowiązującej dotychczas Ustawy, która nie była i nie może być skasowana.

KOMITET ORGANIZACYJNY VII. ZJAZDU LEKARZY i DZIAŁACZY SAMORZĄDOWYCH

Komunikat.

Dnia 7-8 września r. b. odbędzie się w Poznaniu z ramienia Związku Miast Polskich doroczny Walny Zjazd Lekarzy i Działaczy Samorządowych.

Komitet Organizacyjny Zjazdu prosi Panów Lekarzy, Działaczy Samorządowych i Społecznych, pracujących w dziedzinie zdrowotności publicznej, o jaknajliczniejszy udział w Zjeździe, którego charakter ze względu na przypadający okres pierwszego dziesięciolecia Niepodległości Polski powinien stać się wyrazem postępów poczynionych na polu zdrowia publicznego w miastach polskich i dać wytyczne pracy na przyszłość.

Program Zjazdu jest następujący:

Dnia 7-go września, sobota

godz. 10-ta Otwarcie Zjazdu

godz. 10-ta do 14-ej Referat: „Organizacja i zakres działania samorządowej służby zdrowia w miastach Polskich". Referent: Dr. Kacprzak Marcin, Kierownik Działu Epidemjologiczno-Statystycznego Państwowej Szkoły Higjeny w Warszawie.

Koreferaty: „Stan sanitarno-porządkowy miast polskich".

Koreferent: Inż. Rudolf Zygmunt (Departament Służby Zdrowia w Warszawie M. S. W.).

Koreferat: „Sprawy medycyny zapobiegawczej w miastach polskich".

Koreferent: Dr. Czesław Wroczyński (Naczelny Lekarz Kasy Chorych m. st. Warszawy).

godz. 21-sza Raut w Ratuszu wydany przez Prezydenta Miasta.

Dnia 8-go września, niedziela

godz. 9-ta do 14-ej I. Referat: „Współdziałanie opieki społecznej z działalnością służby zdrowia".

Referent: P. Wilczyński (Naczelnik Wydziału Opieki Społecznej w Województwie Poznańskim).

Koreferent: Dr. Margolis Aleksander (Łódź) Przewodniczący Wydziału Zdrowia Magistratu m. Łodzi.

II. Referat: Stan budownictwa szpitalnego w Niepodległej Polsce i sprawy szpitali

na Międzynarodowym Kongresie Szpitalnictwie w Ameryce.

Koreferat: „Walka z zakażeniami wewnątrz szpitalnemi w związku z organizacją i budową szpitali”

Koreferent: Profesor Dr. Szenajch Władysław (Naczelny Lekarz Szpitala Karola i Marji w Warszawie).

Po południu zwiedzanie Wystawy Powszechnej Krajowej i zwiedzanie autobusami urządzeń sanitarnych miejskich.

godz. 12-ta Przedstawienie w Operze (bilety bezpłatne).

Uwaga: Uczestnictwo w Zjeździe należy zgłosić do dnia 1-go września b. r. na ręce Naczelnika Wydziału Zdrowia Magistratu m. Poznania Dr. Tadeusza Szulca (adres: Poznań-Ratusz). Wpisowe na Zjazd wynosi 10 zł. może być uiszczone w chwili przybycia do Poznania. W zgłoszeniach należy nadmienić żądanie zarezerwowania noclegów.

XIII. ZJAZD LEKARZY i PRZYRODNIKÓW POLSKICH w WILNIE

Sekcja Stomatologiczno-Dentystyczna.

Odezwa.

We wrześniu (od 26—29) 1929-go roku odbędzie się w Wilnie XIII Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich.

W liczbie Sekcyj, stosownie do Zjazdu poprzedniego, organizuje się Sekcja Stomatologiczno-Dentystyczna, jako IV Zjazd Stomatologów i Lekarzy-Dentystów Polskich.

Na Prezesa Komitetu Organizacyjnego Sekcji Stomatologiczno-Dentystycznej w Wilnie został zaproszony przez Główny Komitet Zjazdowy Dr. med. Eugenjusz Mancewicz, na Wiceprezesa Lekarz-Dentysta Adam Wolański — z prawem kooptacji członków w celu zorganizowania ściślejszego Komitetu Wykonawczego Sekcji.

Wobec powyższego, ściślejszy Komitet Wykonawczy w Wilnie zwraca się z gorącym apelem do Szanownych Koleżanek i Kolegów, by zechcieli stawić się na Zjazd jaknajliczniej — wziąć czynny udział przez zgłoszenie prac naukowych oraz przez zgłoszenie udziału swego w wystawie, która się organizuje przy Zjeździe, jako też brać udział w obradach.

Ściślejszy Komitet ufa, że Szan. Koleżanki i Koledzy przybędą na Zjazd licznie; bo też Polska Odrodzona wymaga dzisiaj pracy wytężonej w każdej dziedzinie swego życia.

Tematy główne będą ogłoszone w najbliższym czasie.

Za ściślejszy Komitet Wykonawczy

Przewodniczący Eug. Mancewicz
Sekretarz Andrzej Mikulski

Wilno, dnia 15 grudnia 1924 r.

Adres: Biuro Zjazdowe

Wilno, ul. Wileńska, d. 26 — 6.

ZWIĄZEK STOMATOLOGÓW LWOWSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

Dla przestrogi przed urządzeniem kursów dla techników dentystycznych, mających poddać się egzaminom na „uprawnionych techników dentystycznych”, uchwala Komisja, wybrana do tego na zebraniu, odbytem dnia 18 go grudnia 1928 r., że zakres wiadomości, wymagany w szczegółowym programie egzaminów dla techników dentystycznych, jest tak olbrzymi, że podejmowanie się wyuczenia tegoż ludzi nieprzygotowanych w dorywczych kilkutygodniowych kursach sprzeczne jest z normami etyki zawodowej, lekarzy obowiązującemi.

Dlategoż wydział Związku ostrzega Kolegów przed organizowaniem takich kursów. Koledzy, członkowie Związku, którzyby, pomimo tego ostrzeżenia, podjęli się organizowania kursów lub współdziałali w takich kursach, narażą się na statutowo przewidziane konsekwencje, a nieczłonkowie Związku zostaną przez Wydział podani do Izby Lekarskiej i mogą się narazić na postępowanie dyscyplinarne.

Lwów, dnia 24. 12. 1928 r.

Za Wydział: Prezes (—) Dr. A. Allerhand
Sekretarz (—) Dr. Z. Stobiecki

Z karty żałobnej

W czerwcu roku ubiegłego zmarła w Łodzi członkini Związku Oddziału Łódzkiego ś. p. Marja Wiszniewska. Zmarła pracowała w Łódzkiej Kasie Chorych i w ambulatorjum wojskowym. Podczas wojny pracowała w ambulatorjum Czerwonego Krzyża. Odznaczona została krzyżem zasługi. Cześć Jej pamięci!

W końcu grudnia roku ubiegłego przeniósł się do wieczności Jan Goebel. Zmarły po ukończeniu P. I. D. pracował, jako asystent prof. Meissnera, poczem wstąpił do Łódzkiej Kasy Chorych Był prezesem Związku Oddziału Łódzkiego. Przed dwoma laty przeniósł się do rodzinnego miasta Poznania, gdzie miał rozległą praktykę. Wstąpił do Związku b. zaboru pruskiego, gdzie Go wybrano do Zarządu. Czynny, pracowity i koleżeński pozostawił po sobie żal ogólny i wdzięczną pamięć. Cześć Jego pamięci!

Dnia 5 marca r. b. zmarł w Berlinie senior lekarzy-dentystów prof. Wilhelm Sachs. Przykuty do łoża nieubłagalną chorobą prof. W. Sachs już od dłuższego czasu był praktycznie nieczynny, interesując się jednakże do ostatnich chwil swego życia wszelkiemi zagadnieniami wiedzy dentystycznej. W. Sachs był przedewszystkiem lekarzem-praktykiem i w tym kierunku położył olbrzymie zasługi, był on tym, który technikę dentystyczną pchnął na nowe tory. Nie bacząc na to, że wiedza dentystyczna w ostatnich 20 latach posuwa się naprzód w nadzwyczajnym tempie i rozmiarze, to jednakże większość wskazówek W. Sachsa znajduje dotychczas praktyczne zastosowanie i nawet w dalekiej przyszłości metody jego będą posiadały praktyczną wartość.

Urodzony w Wesenbergu obok Nowych Strzelc w roku 1849, Wilhelm Sachs przyswajał sobie wiedzę praktyczną pod batutą ojca swego również znanego lekarza-dentysty we Wrocławiu. Przepełniony jednakże chęcią zdobycia dalszej wiedzy, wychodzi z ciasnego otoczenia i wyjeżdża do Ameryki, ówczesnego Eldorada dentystyki. Po kilku latach wraca z powrotem do Wrocławia i zdobywa olbrzymią

praktykę. Nie bacząc na nawał pracy, znajduje wolny czas aby być pożytecznym również i szerokim rzeszom swych kolegów przez perjodyczne ogłaszanie swych prac w dziennikach fachowych. Oprócz tego owocnie działa w ciągu 10 lat jako profesor przy Instytucie dentystycznym we Wrocławiu, ciesząc się ogólną sympatią wśród słuchaczy. Zdobywszy sławę, rzec można, wszechświatową, Wilhelm Sachs przenosi się do Berlina, gdzie również rozwija szeroką pracę naukową wśród związków dentystycznych.

Prof. W. Sachs był nietylko pełnowartościowym jako lekarz, lecz również jako człowiek. Przystępny dla każdego, miły w obejściu i skromny w życiu. Z wiedzy swej nie czynił tajemnicy, a zawsze gotów był się takową ze swymi kolegami podzielić. Uczniów swych traktował jako kolegów, wyróżniając i gorąco protegując zdolnych, utrzymując na siłach i z nadzwyczajną cierpliwością pomagając słabszym. Działalność innych sądził łagodnie i pobłażliwie, osądzał zaś bardzo rzadko.

Dzisiaj ten kaganiec wiedzy już nie świeci więcej, złamana została potęga i sędziwy starzec opuścił swe stanowisko, pozostawiając za sobą powszechne uznanie. My zaś pozostali nie możemy pamięci zgasłego kolegi lepiej uczcić, kierując się w życiu jego zasadami i wytężając całą swą pracę na korzyść naszych pacjentów i kolegów.

H. S.

Lampy Sollux staniały!

Oryginalne Hanau

Przez obniżenie kosztów produkcji na skutek wzmożonego zapotrzebowania

Nowe ceny		Dawn. ceny
Duża lampa Sollux pdłg. D-ra Oekena		
RM.248		RM.280
Mała lampa Sollux pdłg. D-ra Cemacha		
RM. 95	a) na podstawie podłog.	RM. 130
RM. 75	b) na podstawie stołow.	RM. 100

Ceny te rozumieją się franko firma Hanau; cło, opakowanie i koszta transportu zostają doliczone do cen powyższych

Już niema bólu

przy rwie nerwu trójdzielnego, utrudnionem wykłuwaniu się zębów, przy t. zw. szczękościsku, zapaleniu dziąseł i śluzówki jamy ustnej, zapaleniu ozębnej i okostnej (obrzęki). Szybkie ustąpienie objawów niedokrwienia, wywołanych działaniem suprareniny.

Wpływ uśmierzający na ból

po ciężkich wyjęciach zębów, odcięciu wierzchołka, wyłuszczeniu, torbieli, przeszczepianiu, wyłyżeczkowaniu, dłutowaniu szczęki i doszczętnem wyłuszczeniu podług NEUMANNA — są to znane terapeutyczne skutki działania Lampy Sollux.

Quarzlampen - Gesellschaft

Hanau a. M. m. b. H. Postfach 1117